



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

• DATOS DEL ALUMNO

Nombres y Apellidos del alumno(a):

Grado:

• DATOS DEL PADRE Y LA MADRE

Apellidos y Nombres del Padre:

Celular del Padre de Familia:

Apellidos y Nombres de la Madre:

Celular de la Madre de Familia:

• PERSONA RESPONSABLE EN CASO NO SE LOCALICEN A LOS PADRES:

Apellidos y Nombres:

Parentesco:

Teléfono fijo y celular:

• PLAN DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES (Marque la opción que corresponda)

MI MENOR HIJO/A CUENTA CON UN PLAN DE SALUD VIGENTE DURANTE EL 2023 A TRAVÉS DEL SEGURO PARTICULAR DE SALUD

Y/O CUENTA CON COBERTURA DE ESSALUD:

N° de póliza y/o código de seguro:

Compañía de Seguros a la que el alumno (a) está afiliado:

Tipo de seguro:

Vigencia:

Clínicas afiliadas:

Clínica de preferencia:

Teléfonos:

En caso culmine la vigencia del seguro durante el año escolar, asumimos la responsabilidad de informar de inmediato al Colegio sobre su renovación.

En la eventualidad de cambiar de póliza o de compañía de seguro se enviarán, bajo nuestra responsabilidad, los nuevos datos y una copia de la constancia de inscripción en el seguro correspondiente y serán entregados a Secretaría Académica.

Me comprometo a mantener vigente durante todo el año 2023 la póliza de salud descrita. En el supuesto que hubiera una emergencia y la póliza no estuviera vigente o su cobertura no fuera suficiente, me responsabilizo por la totalidad de los gastos de atención médicos que mi(s) hijo(s) pudiera(n) necesitar.

MI MENOR HIJO/A NO CUENTA CON NINGÚN PLAN DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES DURANTE EL 2023:

En caso de emergencia indicar la Clínica de su preferencia:

.....

Acepto que el Colegio decida si opta o no por otro centro de salud distinto al de mi preferencia, por las razones que considere convenientes.

He recibido la sugerencia del colegio para adquirir un seguro particular, la cual he descartado.

Me responsabilizo por la totalidad de los gastos de atención médica que mi(s) hijo(s) pudiera(n) necesitar.



• **AUTORIZACION DE EMERGENCIA:**

Doy mi consentimiento para que el Colegio Acuarela tome las medidas necesarias en caso de accidente o enfermedad repentina para salvaguardar la salud de mi hijo(a), sabiendo que seré informado a la brevedad posible, eximiendo al Colegio de cualquier responsabilidad al respecto.

SI
 NO

• **ANTECEDENTES MÉDICOS:**

(De no tener antecedentes médicos, dibujar una línea sobre el cuadro)

Enfermedad	Tratamiento	Cuidados	Observaciones

• **ALERGIAS (Alimentaria, Ambiental, Medicamentosa, etc.)**

(De no tener alergias, dibujar una línea sobre el cuadro)

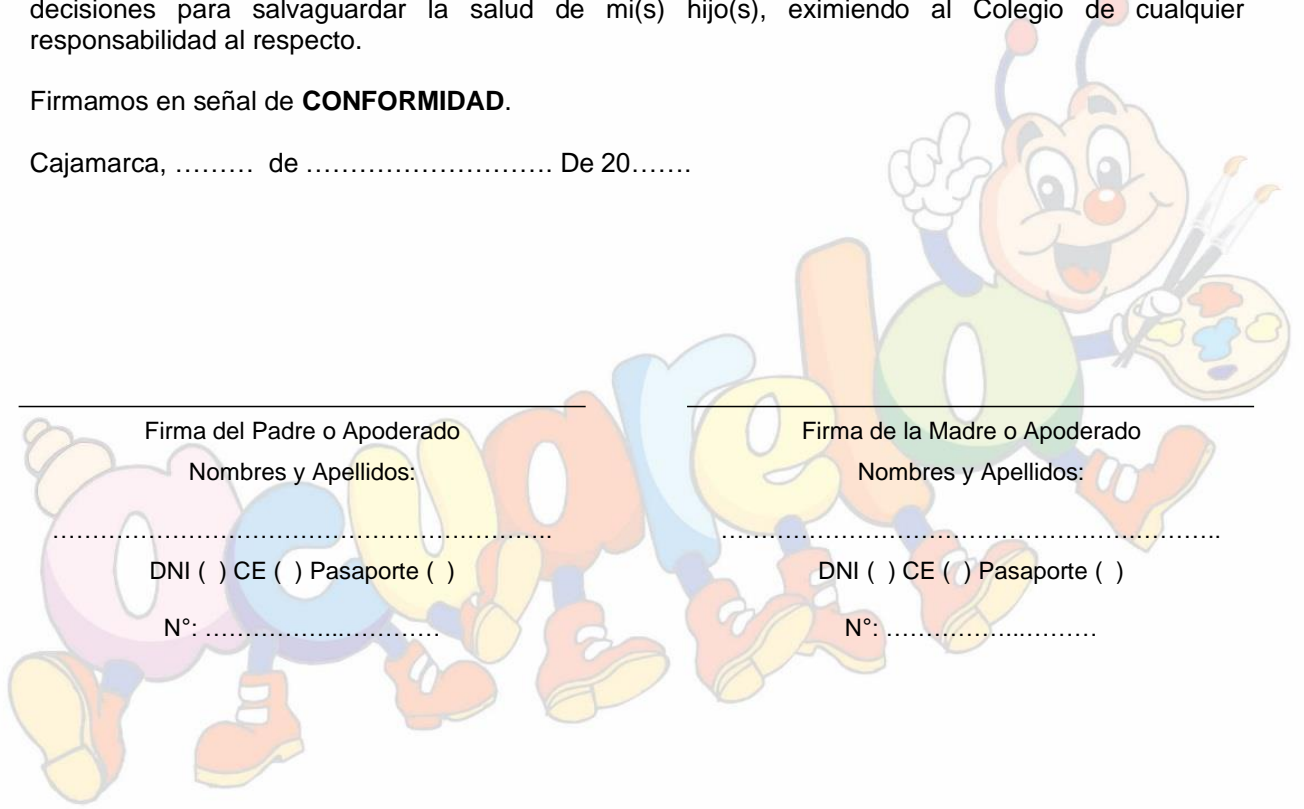
Alergia	Tratamiento	Cuidado

Si su hijo tiene un resfrío agudo (fiebre, malestar, congestión, estornudo frecuente) no lo envíe al Colegio para una recuperación rápida y evitar contagios a sus compañeros. Frente a una enfermedad infecto contagiosa (eruptivas, conjuntivitis, hepatitis, otras) informar de inmediato al Colegio y seguir las indicaciones médicas de descanso.

Finalmente, autorizo al Colegio, a tomar las decisiones que estime convenientes, si en una emergencia no estuviera vigente la póliza y/o no fuera posible ubicarnos y se tuviera que tomar decisiones para salvaguardar la salud de mi(s) hijo(s), eximiendo al Colegio de cualquier responsabilidad al respecto.

Firmamos en señal de **CONFORMIDAD**.

Cajamarca, de De 20.....



Firma del Padre o Apoderado
Nombres y Apellidos:

.....
DNI () CE () Pasaporte ()
N°:

Firma de la Madre o Apoderado
Nombres y Apellidos:

.....
DNI () CE () Pasaporte ()
N°: